

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LEANDRA DE FÁTIMA BENTO

**SISTEMATIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO AOS IDOSOS EM UNIDADE DE SAÚDE
COM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Colombo

2011

LEANDRA DE FÁTIMA BENTO

**SISTEMATIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO AOS IDOSOS EM UNIDADE DE SAÚDE
COM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Projeto Técnico apresentado à
Universidade Federal do Paraná para
obtenção do título de Especialista em
Gestão Pública.

Orientador: Prof^a. Dr^a Verônica de
Azevedo Mazza

Colombo

2011

SUMÁRIO

SUMÁRIO	3
1 INTRODUÇÃO	4
1.1 Objetivo Geral do trabalho:.....	5
1.2 Justificativas do objetivo:.....	5
2 REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA	9
2.1 Envelhecimento Ativo	9
2.2 Acolhimento.....	10
3 METODOLOGIA	12
3.1 A Organização Pública (unidade de análise).....	12
3.1.1 Descrição geral	12
3.1.2 Diagnóstico da situação-problema	12
4 PROPOSTA	15
4.1 Desenvolvimento da proposta	15
4.2 Plano de implantação	15
4.3 Recursos	17
4.4 Resultados esperados.....	17
4.5 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas.....	18
5 CONCLUSÃO	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

1 INTRODUÇÃO

Este projeto tem como finalidade melhorar a qualidade do acolhimento prestado para esta população idosa não portadora de doença passível

Com base nas projeções do IBGE, que demonstra um envelhecimento gradativo da população, considera-se necessário buscar alternativas para reorganizar o serviço de saúde com objetivo de melhorar a qualidade de vida, bem como um envelhecimento saudável.

A proposta é melhorar a qualidade do acolhimento prestado para esta população com a finalidade de realizar um atendimento e encaminhamento capazes de sanar as suas necessidades. Buscando a eficácia do atendimento, visando um envelhecimento saudável, com redução ou postergação de comorbidades.

Sabe-se que a população idosa está aumentando gradativamente, e os sistemas de saúde ainda não possuem condições para o atendimento desta demanda. Portanto existe uma necessidade dos serviços em adequar-se a essa nova realidade tanto em infraestrutura, como capacitação dos profissionais para oferecer um atendimento de qualidade para esta população.

Intenta-se em atendimento de qualidade no qual o acolhimento do paciente tem papel crucial, pois, com o passar do tempo a capacidade cognitiva diminui exigindo dos profissionais de saúde uma habilidade extra na escuta e um comprometimento na atenção a esta população. Também requer paciência para realizar as orientações. Nem sempre observa-se este perfil nos trabalhadores de saúde, porém com esta inversão da pirâmide este perfil precisa ser trabalhado com mais afinco.

O objetivo central da intervenção no processo de envelhecimento é a preservação ou recuperação da qualidade de vida. A minoria da população “atinge a velhice na sua plenitude”, e parte deste insucesso é resultante da “falta de preparação ou investimento pessoal na prevenção das grandes síndromes geriátricas”. (FIOCRUZ, 2008, p. 170)

O projeto contempla a participação de toda a equipe multidisciplinar, e busca de forma gradativa abranger toda a população acima de 60 anos que não está inscrita em nenhum dos programas existentes. Posteriormente, baseado na capacidade instalada, toda a população idosa poderá passar por esta avaliação.

1.1 Objetivo Geral do trabalho:

Propor um modelo de acolhimento ao idoso buscando a identificação precoce dos riscos.

1.2 Justificativas do objetivo:

Vivencia-se um aumento da expectativa de vida e consequentemente o crescimento do número de pessoas com mais de 60 anos de idade, concomitante a este novo cenário se evidencia um aumento da preocupação com o bem estar e com a melhoria da qualidade de vida desta população. (JUNIOR E BARELA, 2006, p.95)

No Brasil este envelhecimento está sendo observado desde o início da década de 60 quando a base da pirâmide populacional começou a se estreitar devido à diminuição das taxas de fecundidade, essa mudança na pirâmide promoveu uma a demanda por serviços e sociais que anteriormente era restrita aos países industrializados. (CHAIMOWICZ, 1997, p. 185)

O índice de envelhecimento da população passou de 6,4 na década de 60 para 13,9 em 1991, mais de 100% em três décadas. Em 1990 a proporção de indivíduos que se aproximava dos 60 anos passava de 78%, para as mulheres e 65% para os homens, diferentemente do início do século onde era de apenas 25%. E a expectativa de vida em 1990 já chegava aos 65 anos. (SANTOS e IBGE apud CHAIMOWICZ, 1997, p. 186)

Esses dados confirmam a preocupação com a viabilização de um atendimento eficaz para esta população. A estrutura existente ainda não está estruturada para atender esta nova demanda.

“Em todos os países, e especialmente nos países em desenvolvimento, medidas para ajudar pessoas mais velhas a se manterem saudáveis e ativas são uma necessidade, não um luxo.” (World Health Organization, 2005, p.8)

As projeções do IBGE mostram uma tendência de aumento da população idosa no Brasil, conforme tabela que segue.

Quadro 1 – Projeções do Envelhecimento Populacional

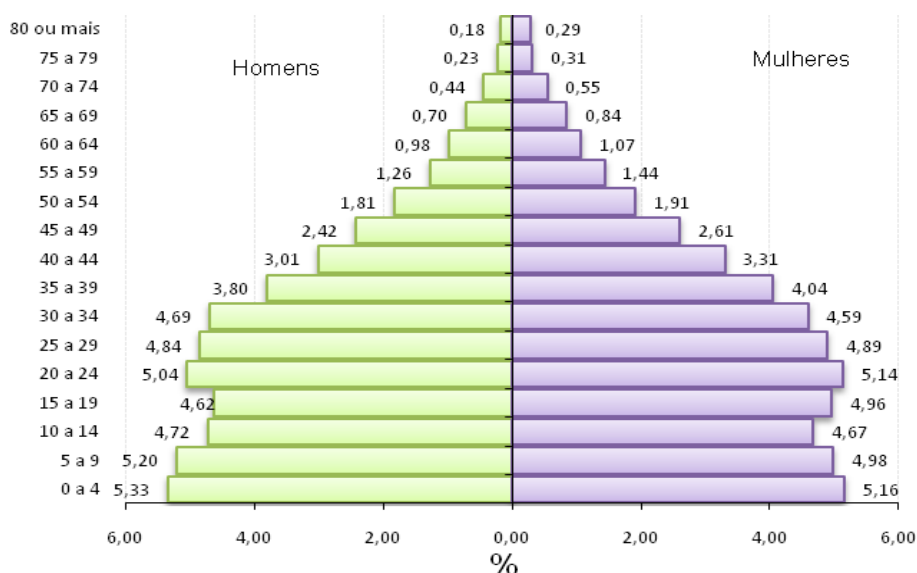
Ano	População
1980	7.197,904
1990	9.897,152
2000	13.915,357
2010	19.282,049
2020	28.321,799
2030	40.472,804
2040	52.046,799
2050	64.050,980

Fonte: Dados do IBGE

Conforme os dados disponíveis no DATASUS o Município de Curitiba tinha em 2000 uma população com mais de 60 anos de 133,619 mil habitantes. Já no ano de 2010 a população era de 198,089 mil. (DATASUS, 2011).

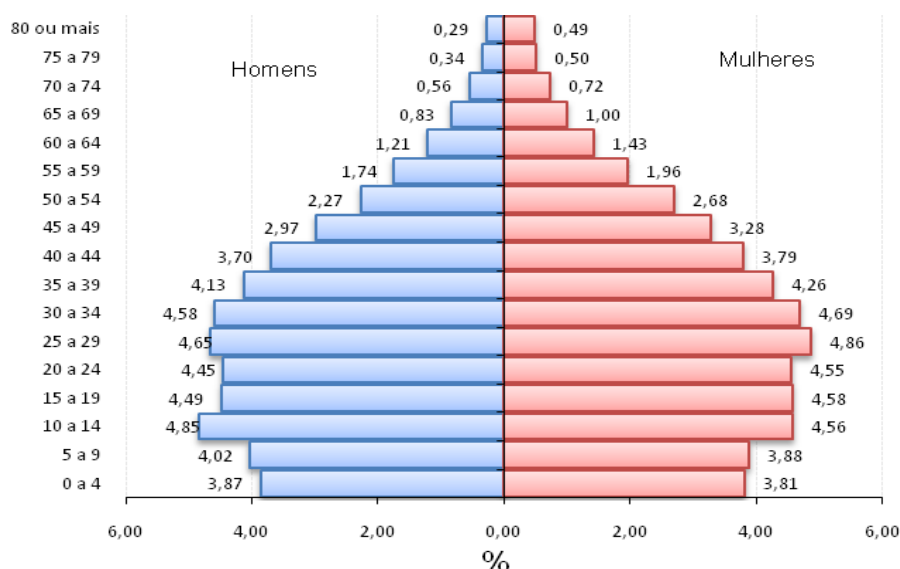
A projeção para a Regional do Pinheirinho, conforme os dados disponíveis no IPPUC estão de acordo com os dados do IBGE. Pode-se observar estas alterações nos gráficos abaixo.

Gráfico 1 – Pirâmide Populacional de 2010 - Pinheirinho



Fonte: IPPUC / Banco de Dados

Gráfico 2 – Pirâmide Populacional de 2000 - Pinheirinho



Fonte: IPPUC / Banco de Dados

Os dados demonstram que já existe uma mudança na pirâmide populacional que expressa um crescimento da população idosa nesta regional e, portanto a reorganização dos serviços é uma situação atual e urgente precisamos nos reorganizar para podermos oferecer um serviço adequado.

Atualmente, os serviços de saúde do município já têm programas para atender ao portador de doenças crônicas entre outros, porém não existe uma proposta para atender ao idoso saudável.

Dentro da realidade das Unidades de saúde o idoso portador de doença crônica é contemplado, como exemplo a hipertensão e diabetes. Existe um atendimento previsto em protocolo de saúde, buscando qualidade de vida e prevenção de comorbidades. Entretanto nem sempre a adesão do paciente é como o esperado, mesmo assim os esforços se multiplicam com vistas a bons resultados.

Em um estudo, observou-se que mesmo os idosos portadores de patologias crônicas degenerativas, para os quais é destinado o protocolo e garantido o acompanhamento de rotina, não comparecem assiduamente ao serviço de saúde, demonstrando que 27% do seu universo de pesquisa não procuraram atendimento na Unidade de Saúde no último ano. (FERNANDES et al, 2009, pg. 16)

A preocupação deste trabalho são aqueles idosos que não possuem comorbidades, os casos agudos, ou os que apresentam comorbidades que não tem

protocolo específico. Como é o caso de artrose, osteoporose, hipertireoidismo, entre outras doenças que precisam de tratamento e acompanhamento.

Os casos descritos acima, atualmente, não têm muita receptividade nas unidades de saúde, pois a realidade de muitas unidades é a falta de consultas médicas para atender a população, causando muito desgaste para o paciente que acaba desistindo de procurar assistência médica.

Recentemente foi adotado um protocolo para a classificação de risco no município de Curitiba, com a intenção de priorizar os atendimentos baseados na sintomatologia e seus riscos. Com a adoção deste protocolo as filas na porta das Unidades de Saúde diminuíram. Porém, nem tudo pode ser classificado, e nem sempre pode-se garantir consultas eletivas, justamente pela falta de profissionais médicos

Segundo Silvestre e Costa a Estratégia de Saúde da Família se destaca pelo trabalho dos profissionais de saúde, focado em uma “assistência integral e contínua (...) em cada uma das fases de seu ciclo de vida”, considerando inclusive o contexto familiar e social. A estes profissionais cabe a percepção da mudança do perfil da população atendida. Atualmente demonstrando um “aumento progressivo da população idosa fruto da queda da fecundidade e redução da mortalidade em todos os grupos etários”. Esta realidade requer do profissional de saúde uma atenção ao idoso diferenciada, buscando auxiliá-lo na busca da qualidade de vida. (SILVESTRE E COSTA, 2003, p.844)

2 REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

2.1 Envelhecimento Ativo

O Envelhecimento pode ser individual ou populacional. O envelhecimento populacional pode ser revertido se houver o aumento da fecundidade e o individual é uma consequência da passagem do tempo. (FIOCRUZ, 2008, p.152)

A partir de 50 anos de idade inicia um processo de declínio funcional fisiológico progressivo e a perda funcional global é de 1% ao ano. Esse declínio, o envelhecimento é considerado normal (senescência) e pode ser acelerado com existência de patologias (senilidade). (FIOCRUZ, 2008, p. 153)

O processo de envelhecer aumenta a vulnerabilidade do organismo às agressões do meio, tanto interno quanto externo, causando uma predisposição às doenças. (FIOCRUZ, 2008, p. 152) Tanto o organismo quanto o psiquismo envelhecem e ambas merecem igual atenção durante o processo, pois fazem parte de um mesmo indivíduo.

O processo de envelhecimento ativo é um processo que otimiza as “oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. (World Health Organization, 2005, p. 13)

O termo “envelhecimento ativo” foi adotado pela Organização Mundial da Saúde no final dos anos 90. Procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável”, e reconhecer, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem. (WHO apud Kalache e KicLbusch, 2005, p. 14).

Embasado no “reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas”. (WHO, 2005, p. 14)

Como o próprio nome diz “ativo” refere-se a participar continuamente da sociedade como um todo, e não somente ao que a questão física pode possibilitar. O envelhecimento ativo estimula as pessoas a conhecerem seu

potencial para o bem-estar físico, social e mental e dentro das suas capacidades, necessidades e desejos participem da sociedade.

O envelhecimento ativo tem como objetivo aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, sem distinção. Para isso a promoção da saúde mental e relações sociais também são de extrema importância.

Importante também a manutenção da autonomia e da independência no processo de envelhecer. (WHO, 2005, p. 14)

2.2 Acolhimento

O acolhimento no contexto de Unidade de Saúde é a atividade mais utilizada, principalmente em se tratando de Estratégia de Saúde da Família. Este é o momento em que os problemas do usuário são levantados e o planejamento da resolução é iniciado.

O acolhimento não é apenas a recepção, agendamento de consulta, realização de procedimento. Vai muito além, é a atenção dispensada ao usuário, é o momento de adentrar na intimidade do usuário e conhecer suas necessidades, e a oportunidade de estabelecer um vínculo, ou melhor, ainda, de aproveitar o vínculo pré-estabelecido para desvendar as reais necessidades dos pacientes.

Medeiros et al em seu estudo sobre a satisfação de usuários em uma unidade de saúde descreve que o acolhimento trata-se de uma “relação de respeito e escuta” que envolve profissional e usuário. (MEDEIROS et al, 2009, p. 402)

O acolhimento é tido como diretriz operacional que tem objetivo de atender os que procuram o serviço de saúde; resolver os problemas de saúde da população; a relação entre profissional/usuário deve ter parâmetro humanitários, solidários e de cidadania. (MEDEIROS et al, 2009, p. 402)

Merhy apud Medeiros et al coloca como eixo central do modelo técnico-assistencial em defesa da vida o acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade. Descreve acolhimento como “humanização das relações entre trabalhadores e serviços de saúde, onde os usuários e profissionais produzem uma relação de

escuta e responsabilidade, constituindo vínculos e compromissos entre eles”. (MEDEIROS et al apud MERHY, 2009, p. 404)

O acolhimento está muito além do mecanicismo existente no fato de agendar uma consulta ou procedimento, é preciso humanismo, paciência, consideração ao próximo, da sua cultura e crença. Com a intenção de realmente poder propiciar a este usuário melhoria na qualidade de vida através de orientações pertinentes e individualizadas que estejam voltadas para a sua realidade. A educação em saúde é uma atividade que faz parte da rotina dos serviços de saúde, o acolhimento consegue realizar a educação em saúde de forma personalizada e isso o torna muito mais efetivo.

Para que a reestruturação dos serviços de saúde ocorra de maneira a atender as necessidades desta população vale lembrar os direitos assegurados pelo Estatuto dos Idosos.

A legislação do idoso está descrita na Lei nº 10.741 do ano de 2003. Neste momento vamos nos ater a algumas citações pertinentes ao projeto de pesquisa.

Art. 3. É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito a vida, a saúde, a alimentação, a educação, a cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, a cidadania, a liberdade, a dignidade, ao respeito e a convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 2003, p. 8)

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente idosos. (BRASIL, 2003, p. 13)

Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda. (BRASIL, 2003, p. 16)

3 METODOLOGIA

Este é um projeto técnico que busca a melhoria da qualidade do processo de acolhimento ao idoso em Unidades de Saúde de Curitiba, buscando uma adaptação a nova realidade que se apresenta o envelhecimento populacional, que é a nova demanda da gestão pública. O projeto inicialmente está voltado para uma Unidade de Saúde do Distrito Sanitário do Pinheirinho.

As intervenções no processo de acolhimento visam o atendimento a população idosa prevendo a preparação/adequação das estruturas de saúde para a nova demanda que se apresentará em um futuro próximo.

O projeto contempla quatro etapas. A primeira etapa trata-se de uma reunião com toda a equipe para sensibilização quanto ao acolhimento e apresentação do projeto e escolha dos profissionais que ficarão como referência para o atendimento. A segunda etapa também será uma reunião com toda a equipe para discussão sobre os conceitos apresentados e definição do fluxo de atendimento dentro da Unidade de Saúde. A terceira etapa consiste em capacitação para os profissionais que ficaram como referência para o atendimento. E a última etapa será a capacitação aos demais componentes da equipe, focando as especificidades do idoso.

3.1 A Organização Pública (unidade de análise)

3.1.1 Descrição geral

A Prefeitura Municipal de Curitiba conta atualmente com nove regionais de saúde, somando um total de 120 unidades de saúde, e nove CMUM's (centro municipal de urgências médicas) Atendendo no total uma população de 1.751,907 habitantes, destes 133,619 acima de 60 anos de idade. (IPPUC, 2011)

A Regional do Pinheirinho conta com um CMUM e 14 Unidades de Saúde. Atende uma população de 168,424 habitantes, destes 12,378 acima de 60 anos de idade. (IPPUC, 2011)

3.1.2 Diagnóstico da situação-problema

O acolhimento ao idoso normalmente é realizado na recepção das Unidades de Saúde, pois não existe prioridade de atendimento para nenhuma faixa etária.

Casos mais complicados ou que exigem urgência de resolutividade são encaminhados aos enfermeiros que analisam a situação e resolvem dentro das possibilidades oferecidas pelo serviço de saúde.

Na recepção os pacientes são direcionados conforme sua necessidade relatada. Como a recepção não é um local privado e não respeita a individualidade do paciente muitas vezes o constrangimento não permite que ele exponha a sua real necessidade, desta forma o que motivou a procura do serviço não é relatado fazendo com que o encaminhamento não seja efetivo.

Quando existem queixas clínicas, sintomas, os pacientes são encaminhados para a classificação de risco na qual um dos enfermeiros, previamente capacitado para a utilização do Protocolo de Manchester realiza a classificação de risco e encaminha o paciente conforme fluxo definido pela Secretaria de Saúde. As opções são: Consulta médica na Unidade de Saúde, apoio médico para conclusão de atendimento, encaminhamento ao serviço de urgência ou encaminhamento para a maternidade.

O Protocolo de Manchester foi gradativamente implantado nas Unidades de Saúde do Distrito Pinheirinho a partir do mês de Julho de 2011, todos os médicos e enfermeiros receberam treinamento para a utilização dos mesmos. O protocolo uniformiza a classificação de riscos à saúde, está voltado para todos os pacientes que apresentem sintomas, inclusive os idosos, a prioridade é dada através da avaliação destes sintomas e não pela idade.

A classificação de risco tem a intenção de priorizar as consultas conforme a necessidade do paciente e desta maneira reduzir as filas existentes nas portas das Unidades de Saúde. Assim, quando existe queixa o problema é solucionado, mas a prevenção e a promoção acabam ficando de lado, pois na Classificação de risco o acolhimento não pode ser realizado, devido tempo preconizado para realização da mesma que é de um a três minutos. E o paciente é encaminhado diretamente para uma consulta médica para avaliação da sua queixa principal, casos eletivos terão consultas agendadas para datas posteriores.

A implantação do Protocolo de Manchester mudou o lugar do acolhimento, anteriormente realizado pela equipe de auxiliares de enfermagem no momento da avaliação. Agora o paciente é encaminhado diretamente da recepção para a classificação de risco, para o procedimento ou ainda agendamento de consulta médica para retornar posteriormente. Assim a responsabilidade da

promoção/prevenção acaba sendo direcionada para os programas que são realizados durante os atendimentos pelos auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos e outros profissionais da equipe.

Cada um destes profissionais, na medida do possível, orienta o paciente sobre hábitos saudáveis. Nos serviços de saúde facilmente são encontrados os protocolos de hipertensão e diabetes. Então durante a consulta cada profissional acaba reforçando as orientações pertinentes aos problemas de saúde daquele paciente e que estão descritas no protocolo.

Voltamos a atenção para os idosos com problemas agudos, que não possuem protocolo específico, para eles o serviço está organizado para atender patologias instaladas, possuem acesso a consultas, exames e encaminhamentos como qualquer cidadão da população, não existe prioridade nem especificidade para o atendimento desta faixa etária. O que não concorda com as determinações do Estatuto do Idoso e acaba fazendo com que esta população só procure a unidade em caso de necessidade, os casos agudos, e após a solução do seu problema, normalmente, não existe um acompanhamento necessário para esta faixa etária.

Esse modelo de atendimento não prevê a avaliação multifuncional do idoso, nem investigação de riscos que não estejam associados ao problema. Não podemos generalizar esta informação, pois podem ocorrer exceções, mas a maioria dos casos evolui desta forma.

Outra questão que do acolhimento é a tentativa de direcionar o atendimento para a equipe multiprofissional, que muitas vezes pode ajudar na resolução do problema do usuário e retirando um pouco do enfoque médico.

Este trabalho tem a intenção de melhorar a qualidade do o processo de acolhimento voltado para a população acima de 60 anos que não é portadora de doenças amparadas nos protocolos utilizados nas Unidades de Saúde, (diabetes e hipertensão arterial).

4 PROPOSTA

4.1 Desenvolvimento da proposta

Para a realização desta mudança no atendimento aos idosos não serão necessárias mudanças estruturais. Pois o acolhimento é uma atividade que já vem sendo realizada em todas as unidades de saúde do município, o que almejamos é melhorar a qualidade do acolhimento ao idoso. Para isso indicamos sensibilização e capacitação dos funcionários que estão realizando este atendimento promovendo um atendimento mais eficaz ao idoso.

4.2 Plano de implantação

A primeira coisa a se pensar é em quem estará envolvido com esta ação, o ideal é que toda a equipe esteja entrosada e capacitada para a realização deste atendimento. Para que isso seja possível é indispensável à conscientização dos membros da equipe com a clareza da importância deste atendimento associado à uniformidade das informações os pacientes idosos que procurarem atendimento serão encaminhados de forma apropriada.

O enfermeiro é o profissional mais indicado para a realização da prevenção e promoção à saúde. E como o número de idosos não inscritos em programas é pequeno pode-se deixar apenas um enfermeiro responsável por esta avaliação e gradativamente incorporar na rotina os idosos inscritos no programa, que poderão ser encaminhados pela equipe multiprofissional, bem como esta avaliação também poderá ser ampliada para os demais membros da equipe.

Quanto aos auxiliares de enfermagem é importante definir fluxo de atendimento dentro da Unidade de Saúde, para que o trabalho de captação não seja perdido, e posteriormente poderão ser realizados treinamentos na própria Unidade de Saúde com os profissionais envolvidos.

Após sensibilização da equipe multidisciplinar deve-se definir o fluxo conforme a realidade de cada unidade fica como sugestão a recepção e agendamento de consulta para o enfermeiro que ficou como referência. Com o passar do tempo este atendimento poderá ser realizado por todos os enfermeiros e médicos da Unidade, se a capacidade instalada permitir. Bem como a ampliação da avaliação para os inscritos nos programas de saúde da Unidade.

A estratégia de implantação consiste então em quatro encontros que deverão acontecer em dias diferentes, com pelo menos uma semana de intervalo entre eles. Os encontros consistem basicamente em reuniões para sensibilização dos envolvidos.

Iniciando com uma reunião envolvendo toda a equipe da unidade de saúde para apresentação da proposta, sensibilização e definição dos profissionais que serão a referência do atendimento. Neste momento apenas um médico e um enfermeiro, de preferência que tenham perfil ou afinidade para realizar o atendimento aos idosos. Posteriormente, toda a equipe poderá realizar este atendimento conforme suas áreas de abrangência. Esta definição uniformiza o fluxo que o paciente irá seguir após a entrada na Unidade, desta forma é de extrema importância que fique claro para todos os funcionários quem serão as referências, evitando assim posteriores transtornos tanto para os pacientes quanto para os funcionários.

A segunda etapa consiste em uma nova reunião com a equipe para discutir conceito de acolhimento, o estatuto do idoso, a estimativa do envelhecimento populacional, suas necessidades. Para tanto será fornecido material didático para subsidiar a este trabalho com intuito de melhorar às orientações que podem ajudar promover o envelhecimento saudável.

A partir deste conhecimento arrazoar com os profissionais da Unidade de Saúde como fazer para aquilatar o atendimento ao idoso com vistas à melhoria da qualidade de vida e propiciar um envelhecimento saudável. É também neste momento que o fluxo de atendimento deve ser esclarecido para todos e alterado conforme as diferentes realidades encontradas.

A princípio fica proposto que o Agente comunitário, na sua área de abrangência, convide os idosos para realizarem uma avaliação na unidade de saúde e explicar resumidamente do que se trata, ou seja, uma avaliação de rotina para levantamento de riscos. Ao se tratar de unidades ESF (Estratégia de Saúde da Família) a captação é mais fácil, pois tanto os auxiliares de enfermagem quanto os agentes comunitários conhecem a população de sua respectiva área de abrangência e poderão fazer esta ponte com a Unidade de Saúde.

O idoso, por sua vez, irá procurar a unidade de saúde e quem o atender na recepção agendará uma data para avaliação com o enfermeiro que ficou como referência, observando sempre qual a melhor data e horário para o paciente,

conforme agenda disponível. O enfermeiro realizará então a consulta de enfermagem utilizando ferramentas específicas, identificando riscos, orientando quanto à mudança de hábitos se necessário, encaminhando para o médico, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico, psicólogo, etc. E agendará um retorno para continuidade do acompanhamento.

Após definição de como será o encaminhamento do idoso dentro da Unidade de Saúde, a terceira etapa consistirá em um novo encontro, desta vez dirigida para o Enfermeiro de referência para o atendimento, e neste momento serão abordados temas específicos para a realização de avaliação do idoso, e demonstrado os instrumentos de avaliação do idoso.

Por último uma capacitação voltada para os agentes comunitários e auxiliares de enfermagem embasados nas especificidades que o idoso apresenta, na detecção de problemas (acolhimento), e orientações simples que podem melhorar a qualidade de vida.

4.3 Recursos

O recurso necessário para a realização do projeto é: Uma sala onde possam ser realizados os encontros, com recursos de multimídia. O material impresso para toda a equipe, um palestrante. As reuniões com toda a equipe podem ser negociadas com a Autoridade Sanitária Local para que sejam realizadas na data das reuniões já programadas para o grupo. E os demais encontros contarão com a liberação dos funcionários pela Autoridade Sanitária Local, em um período de trabalho (manhã ou tarde) conforme disponibilidade do serviço de saúde.

4.4 Resultados esperados

O esperado com a implantação do projeto é uma melhoria no acolhimento voltado a população acima de 60 anos, sem possibilidades de serem incluídas nos Programas de Saúde existentes, captando-os antes do aparecimento das doenças decorrentes do processo de envelhecer e com isso promover a qualidade de vida, o envelhecimento ativo bem como postergar o aparecimento destas doenças.

A mensuração poderá ser realizada através de pesquisa qualitativa posteriormente. Os resultados poderão ser melhores visualizados com o decorrer do tempo e com a diminuição de diagnósticos nesta população, que poderá ser visualizada através de relatórios já existentes e disponíveis nas Unidades de Saúde

de Curitiba. Também pode servir como parâmetro o número de consultas para esta população. Atualmente este item ainda não faz parte do POA, porém com a inversão da pirâmide é bem provável que ele possa ser integrado as metas do POA, assim como existe um número de consultas preconizadas para o hipertenso, para a gestante, etc..

Para avaliar o aumento de idosos nas Unidades de Saúde utilizamos os relatórios do IPPUC ou do IBGE, vez que só conseguimos conhecer o perfil populacional através das inscrições em programas, e se a população não está inscrita em nenhum deles a Unidade não consegue conhecer estes dados

4.5 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas

As complicações esperadas estão associadas à receptividade e flexibilidade da equipe que compõem o serviço de saúde.

Outro agravante pode ser a dificuldade na utilização das ferramentas específicas para avaliação do idoso, para sanar este problema podemos retomar a etapa de capacitação aumentando o número de capacitações, ou até mesmo realizando treinamento prático, onde o instrutor acompanha o profissional em alguns atendimentos.

Após estas quatro etapas a equipe poderá iniciar o atendimento para os idosos, com certeza dúvidas e dificuldades aparecerão, mas para sanar estes problemas serão disponibilizados contatos e material de apoio.

5 CONCLUSÃO

Após análise da proposta pode-se concluir que existe necessidade real de implantação, pois o envelhecimento da população é algo que está crescendo com muita velocidade e a mudança dos serviços de saúde será uma realidade necessária. A mesma não requer grandes investimentos e sim reestruturação do que já existe.

Com uma capacitação dos profissionais de saúde, associado a um acolhimento eficaz a população poderá contar com benefícios que incidirão principalmente sobre a qualidade de vida do indivíduo e da família consequentemente.

Desta maneira a promoção do envelhecimento ativo será uma realidade presente na rotina dos profissionais de saúde, envolvendo a população e instigando uma mudança de hábitos e detecção de riscos pertinentes ao processo de envelhecer.

A intenção do projeto é iniciar precocemente esta captação, avaliação, e intervenção no processo de envelhecimento procurando a postergação do declínio funcional que acomete a todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.192 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 70p.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev. Saúde Pública 31: 184-200. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v31n2/2170.pdf>. Acesso em 11/09/2011.

DATASUS. População-2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poppr.def>. Acesso em 26/08/2011, às 23h55min.

FERNANDES, M.G.M.; SOUTO, M.C.; COSTA, S.F.G.; FERNANDES, B. M. Qualificadores Sócio-Demográficos, Condições de Saúde e Utilização de Serviços por Idosos Atendidos na Atenção Primária. Ver Bras. De Ciências da Saúde. V. 13; num. 2; pag. 13 – 20. 2009.

Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Organizado por Ana Paula Abreu Borges e Angela Maria Castilho Coimbra. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2008. 340p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm. Acesso em 27/08/2011, as 00h37min.

IPPUC. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba. Disponível em: http://www.ippuc.org.br/Bancodedados/Curitibaemdados/Curitiba_em_dados_Pesquisa.htm?ampliar=n%E3o. Acesso em 25/08/2011, às 19h53min

JÚNIOR, P.F., BARELA J.A. Alterações no funcionamento do sistema de controle postural de idosos. Uso da informação visual. Ver Port Cienc Desp. 2006; 6(1), 94-105. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rpcd/v6n1/v6n1a11.pdf>. Acesso em: 11/09/2011.

MEDEIROS, Flávia A et al. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco.Rev. salud pública, Bogotá, v. 12, n. 3,June 2010. Pag. 402-413. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000300006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04/08/2011, às 22:08

SILVESTRE, Jorge Alexandre; COSTA NETO, Milton Menezes da. Abordagem do idoso em programas de saúde da família.Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3,Junho 2003. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300016&lng=en&nrm=iso. Acesso em 03/08/2011, às 15 h.

World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il.